

HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN KORVAUSHOITO

KLAUS MÄKELÄ

Ruotsin terveydenhuollon menetelmiä arvioivan yksikön raportti alkoholi- ja huumeongelmien näyttöön perustuvista hoidoista (Behandling..., 2001) esittelee kaksi näkökulmaa päihderiippuvuuden pitkäaikaiskehitykseen. Ensimmäisen näkökulman mukaan päihdeura on etenevä prosessi, jonka kuluessa päihteen käytön seuraamukset käyvät yhä raskaammiksi, mikä ”voi johtaa siihen, että henkilö lopettaa päihteen käytön”. Toinen vaihtoehto on ”tarkastella riippuvuutta kroonisena olotilana, jossa väärinkäyttäjän pitkän ajan kuluessa milloin lopettaa ja milloin aloittaa väärinkäytön”. (Behandling..., 2001, 401.)

Raportin arvion mukaan nämä kaksi näkökulmaa johtavat keskenään erilaisiin hoitostrategioihin. Ensimmäisen näkökulman mukaan tavoitteeksi tulee ”ennen kaikkea lyhentää prosessia ja auttaa väärinkäyttäjää lopettamaan väärinkäyttö niin varhaisessa vaiheessa kuin mahdollista”. Toinen näkökulma korostaa ”riippuvuuden pysyvyyttä, ja hoidon tavoitteeksi tulee retkahdusten estäminen ja väärinkäyttöä vailla olevien jaksojen pidentäminen”. (Behandling..., 2001, 401.)

Raportin muotoilut ovat osuvia, mutta näkökulmat eivät tietenkään sulje pois toisiaan, vaan hoitostrategioita on arvioitava kummastakin näkökulmasta. Päihdeura on usein etenevä prosessi, jossa on isoja heilahteluja. Etenevyys ilmenee siinä, että riippuvuus syvenee ja että haitat kasvavat, ja lisäksi siinä, että itse päihtymyksen palkintoarvo vähenee. AA-puheessa asia ilmaistaan kertomalla, miten Alko jossakin vaiheessa muutti tuotteittensa koostumusta, niin että Koskenkorvasta tuli iloviinan sijasta itkuviinaa.

Ytimenä tässä on se, että hoitoja ja hoitojen järjestelmää on syytä arvioida päihdeuran kokonaisuuden kannalta.

Riippuvuuden diagnostiset kriteerit ovat väljiä (Mäkelä 2001). Siksi on tärkeää erotella riippuvuuden asteita ja päihdeuran pituutta ja vakavuutta. Alkoholisoituminen on usein pitkä, kenties vuosikymmeniä kestävä prosessi. Lopputuleman sairausluonteesta ei ole epäilystä, mutta raja normaalin ja alkoholistisen juopottelun välillä ei

ole yksiselitteinen, sillä riippuvuus kehittyy vähitellen ja asteittain. Opioidiriippuvuus kehittyy olennaisesti nopeammin kuin alkoholismi, mutta myös opioideja käyttäneistä enin osa pysähtyy satunnaiseen huvittelukäyttöön.

Ruotsalaisen raportin lääkehoitoja arvioivassa luvussa todetaan, että kaikki kokeisiin osallistuneet potilaat olivat riippuvaisia heroiinista (Behandling..., 2001, 171). Sitä vastoin siitä ei käy ilmi, että ainakin suuria aineistoja koskeneissa kokeissa ja luultavasti kaikissa mukaan otetuissa tutkimuksissa käytettiin paljon tiukempia kriteerejä kuin pelkkää riippuvuusdiagnoosin täytymistä. Potilailla oli takanaan rankka monivuotinen huumeura.

Meillä ei siis ole tietoa siitä, miten lääkehoidon tarjoaminen vaikuttaa huumeuran alkupuolella olevien potilaiden kokonaisennusteeseen. Mitä lyhyemmän aikaa henkilö on käyttänyt huumeita, sen isompi on heroiinipäihtymyksen palkintoarvo. Sitä suurempi saattaa myös olla todennäköisyys, että hän korvaavan lääkityksen lisäksi käyttää opiaatteja suonensisäisesti. Toisaalta on mahdollista, että liian aikaisin ja liian väljin perustein käynnistetty korvaava hoito ohjaa aloittelevan käyttäjän elinikäiselle huumeuralle. On siten hyvä, että opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän mielestä ”alle vuoden päivittäin käyttäneitä opioidiriippuvaisia ei tulisi ottaa korvaushoitoon vaan heidän hoidossaan tulisi keskittyä vierotukseen” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 43). Työryhmän ehdotukset saattavat kuitenkin olla ristiriidassa tämän tavoitteen kanssa. On tarpeen arvioida ehdotusten tietoperustan riittävyyttä.

METADONIN JA BUPRENORFIININ VERTAILU

Työryhmä esittää hyviä vertailutietoja metadonista ja buprenorfiinista mutta ei arvioi eri maissa saatuja kokemuksia hoito-ohjelmien yhteiskunnallisista oheisvaikutuksista, kuten lääkkeiden leviämisestä katukauppaan. Tästä johtuu, et-

tä työryhmä ei esitä riittäviä perusteluja ehdotukselleen, että metadoni ja buprenorfiini pantaisiin säädöstasoisesti eri asemaan.

Työryhmä toteaa aivan oikein, että näitä aineita vertailevia tutkimuksia on vähän. Äskettäin ilmestyneessä viiden satunnaistetun kokeen meta-analyysissä kuitenkin todetaan, että jos kriteereinä käytetään hoidossa pysymistä ja positiivisia virtsanäytteitä, buprenorfiini on parempi kuin pieni annos metadonia mutta huonompi kuin iso annos metadonia (Barnett & al. 2001). Buprenorfiinin ja metadonin erot ovat vähäisempiä kuin eri metadoniohjelmien keskinäiset erot.

Työryhmä arvioi, että ”metadonipotilaat ovat yleensä vaikeahoitoisempia” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 48). Tässä näyttää sekoitetun eri potilasryhmät ja eri lääkkeitä. Jos metadonipotilaat jossakin maassa ovat vaikeampihoitoisia, se kai johtuu eri potilasryhmien valikoitumisesta eri hoitomuotoihin. Samanlaista vertailua tuskin voitaisiin esittää Tanskassa, jossa metadoni on aivan dominoiva korvaava lääke.

Käsitykset näiden kahden aineen käyttökelpoisuudesta vaihtelevat kovasti maasta toiseen. Buprenorfiini saattaa olla metadonia turvallisempaa sikäli, että se aiheuttaa harvempia yliannostuskuolemia. Lisäksi metadoni joudutaan ottamaan tiheämmin annoksin. Toisaalta saattaa olla, että buprenorfiinin väärinkäyttöpotentiaali on vieläkin suurempi kuin metadonin. Lienee myös helpompaa valvoa, että metadoni nautitaan ohjeiden mukaisella tavalla. Selityksiä voi olla monia, mutta ilmeiseltä joka tapauksessa näyttää, että buprenorfiini-maan Ranskan katukaupassa liikkuu enemmän hoitojärjestelmästä vuotaneita lääkkeitä kuin metadoni-maassa Tanskassa.

Kaikkiaan metadonin ja buprenorfiinin erot ovat moninaisia (Ling & al. 2001), ja tarkemmat vertailut olisivat paikallaan sen perustelemiseksi, että ne säädöstasolla pannaan eri asemaan.

LÄÄKEHOITO-OHJELMIEN OHEISVAIKUTUKSET

Satunnaistetut hoitovaikutuskokeet luovat hoidon perustaa, mutta hoitopolitiikan suunnittelussa tarvitaan myös muuntyyppistä tutkimustietoa. Ensinnäkin on vaikeata ellei mahdotonta toteuttaa umpimähkäistettyjä kokeita hoitovaihtoehtojen pitkäaikaisvaikutusten kartoittamiseksi. Siksi tarvitaan prospektiivisiä pitkäaikaisseurantoja. Hoito-ohjelmien yhteiskunnallisten oheis-

vaikutusten kartoittaminen vaatii sekin omanlaisia tutkimuksia, kuten hoitojärjestelmien organisaatiososiologisia kartoituksia ja pimeiden huumeiden käyttäjien osakulttuurien etnografisia kuvauksia esimerkiksi siitä, missä tilanteissa käyttäjät hakeutuvat hoitoon, milloin he täydentävät lääkkeitä laittomilla huumeilla ja milloin he kokonaan erkaantuvat lääkkehoidosta.

Mitkään tutkimukset eivät voi antaa ennakkovarmuutta jonkin hoitopolitiittisen valinnan kokonaisvaikutuksista. Emme voi jäädä kädet ristissä odottamaan tulevia tutkimuksia, vaan meidän on toimittava epävarmuuden vallitessa. Hoitopolitiikkaa ei kuitenkaan ole syytä muuttaa äkisti ja rajusti, kuten työryhmä ehdottaa. On parempi kerätä kokemuksia askel askelelta.

Lisäksi on kyllä huolestuttavaa, että työryhmä esittää kuulopuheisiin perustuvia ja selvästi vinoutuneita spekulaatioita laajamittaisen lääkkehoidon odotettavissa olevista kokonaisvaikutuksista.

Työryhmä esittää, ”että ainakin puolet opioidiriippuvaisista tulisi saada korvaus- ja ylläpitohoitojen piiriin, jotta näillä yksilötasolla tehokkaiksi osoittautuneilla hoidoilla voitaisiin myös pysäyttää opioidiriippuvaisten määrän kasvu” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 24). Tämä yllättävä väite vaatisi ehdottomasti lähdeviitteen ja tarkemmat perustelut. En tunne yhtäkään tutkimusta, jossa olisi arvioitu lääkkehoidon vaikutusta opioidiriippuvaisten määrään.

Miettikäämme kuitenkin, miten ylläpitohoitot voisivat vaikuttaa käyttäjien määrän kasvukäyrään. Ajatus voisi kulkea seuraavasti:

Mitä enemmän on aktiivikäyttäjiä, sitä laajemmalle heidän verkostonsa ulottuvat ja sen useampi joutuu heidän kanssaan tekemisiin käyttötilanteissa ja altistuu siten tartunnalle. Mitä enemmän on aktiivikäyttäjiä, sen useampi heistä joutuu lisäksi myymään aktiivisesti huumeita rahoittaakseen oman käyttönsä. Spekulaation tasolla tässä voi olla oma järkeensä. Tämän järjestyksen mukaan ylläpitohoitot voivat hidastuttaa uusrekrytointia, mutta on vaikea ymmärtää, miten jokin ylläpitohoitoprosentti voi tyrehdyttää kaiken uusrekrytinnin. Pitäisihän nimittäin ylläpito- ja hoito-ohjelmien ulkopuolelle jääneiden jatkaa entiseen tapaan. Lisäksi tässä sivuutetaan kokonaan se, että ylläpito- ja hoito-ohjelmissa saatujen kokemusten mukaan lisäävät huumeiden kokonaistarjontaa myös katukaupassa.

Työryhmä arvioi, että ”buprenorfiinin tuonti

on romahduttanut sen katukauppahinnan ja aine on levinnyt huumevälittäjä- ja käyttäjäverkoston kautta lähes koko maahan” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 40–41). Työryhmä kuitenkin katsoo, että ”oikea tapa pysäyttää jatkuva buprenorfiinin haitallisen käytön kierre olisi lisätä kii-reesti mahdollisuuksia päästä viralliseen hoitoon” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 41).

Monet krooniset huumeiden käyttäjät vaihtavat ainetta, jos heidän suosikkituotteen saanti tyrehtyy. Monesta maasta tiedetään buprenorfiinin kilpailevan heroiinin kanssa suonensisäisesti käyttävien suosiosta. Saatavuus ja hinta ovat tärkeitä kulutuksen rakennetta selittäviä seikkoja. Tätä taustaa vasten on perin sinisilmäistä kuvitella, että buprenorfiinin laajamittainen jakelu korvaavana lääkkeenä vähentäisi sen suonensisäistä käyttöä.

Työryhmä tuntuu lisäksi ajattelevan, että myös laittomasti hankitun buprenorfiinin suonensisäisenkin käyttö on riippuvuuden itsehoitoa, jos käytön syynä ei ole ”aineen huumaava vaikutus” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 21). Työryhmä näyttää siis katsovan, että mikä tahansa keino torjua vieroitusoireita on itsehoitoa. Jos tälle tielle mennään, on vaikea nähdä, miksi heroiinin piikittämistä ei sitäkin kutsuta itsehoidoksi.

KÄYTTÄJIEN LUKUMÄÄRÄ JA HOIDON TARVE

Muistiossa esitetään monia lukumääräarvioita ilman laskentaperusteita tai lähdeviitteitä. Työryhmän esittämistä terveysneuvontapisteiden asiakasmäärien kasvuluvuista ei käy ilmi, kuvaavatko ne käyntimääriä vai asiakasmääriä. Lisäksi työryhmä ei kiinnitä huomiota siihen, että pisteiden määrä ja kapasiteetti on kasvanut ja että muun muassa on lisätty uusia etsivän toiminnan muotoja.

Työryhmä arvioi, että Helsingissä on terveysneuvontapalveluiden piirissä noin 4 000 ruiskuhuumeiden käyttäjää (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 22). Lukuun on ilmeisesti päädytty laske-malla yhteen Diakonissalaitoksen Kluuvin palvelukeskuksen terveysneuvontapalvelun ja Helsingin terveysneuvontapisteiden asiakasmäärät ja pyöristämällä lopputulosta ylöspäin. Arviossa ei siis ole otettu huomioon, että toimipisteiden oman käsityksen mukaan niiden asiakaskunnissa on päällekkäisyyttä. Työryhmä laskee siis samat henkilöt kahteen kertaan ja pyöristää sitten varmuuden vuoksi lopputulosta ylöspäin.

Työryhmä kertoo ilman laskentaperusteita ja ilman lähdeviitteitä, että ”hoidon tarpeessa olevien opiaattiriippuvaisten määräksi on viime aikoina arvioitu vähintään 1 000–2 000 pääkaupunkiseudulla” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 41). Heti perään sanotaan, että arvio saattaa olla aliarvio, koska kahden viimeksi kuluneen vuoden aikana painopiste on siirtynyt amfetamiinista opioideihin. Lukija ei saa tietää, kuka tuon arvon on esittänyt ja millä perustein tai mitä vuotta se koskee. Epäselväksi siis myös jää, paljonko tuota viime aikojen arviota on korjattava kahden viime vuoden kehityksen vuoksi.

Työryhmä on kerännyt paljon hyödyllisiä tietoja eri sairaanhoitopiirien nykykäytännöistä. Tietojen esitystapa on kuitenkin kirjava. Huumeetilanteen seuraamisen ja hoitojärjestelmän kehittämisen kannalta olisi ensiarvoisen tärkeää poh-tia, miten eri hoitoyksiköiden toiminta- ja seuranta-tietoja voisi yhtenäistää. Tärkeää myös olisi, että tietojärjestelmät loisivat edellytyksiä huumeiden käyttäjien pitkäaikaisuran seuranta varten.

Työryhmä toteaa, että kuten muualla maassa myös pääkaupunkiseudulla ”hoitajoina on vähän ihmisiä”, mutta arvioi, että ”hoitoon hakeuduttaisiin enemmän, jos hoitopaikkoja olisi enemmän eli nopeaa hoitoon pääsyä pidettäisiin mahdollisena” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 33). On uskottavaa, että hoitoon hakeutujia olisi enemmän, jos hoitoon pääsi ilman viivytystä. Toisaalta jonkinvertainen odotusaika on hyvä hoitomotivaation mittari. Hoitokapasiteettia on paikallaan kasvattaa, mutta mihinkään äkillisiin jättimuutoksiin ei näytä olevan aihetta.

Työryhmän mielestä ”opioidikierteessä hoito tulisi aloittaa 24 tunnin sisällä” (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 47). Tämä on tärkeä kysymys. Jos potilas vieroitusoireiden pelossa hakeutuu lääkehoitoon eikä sitä saa, hän voi turvautua epätoivoisiin ratkaisuihin. Toisaalta, jos ainoana motiivina on vieroitusoireiden akuutti pelko, potilas saattaa keskeyttää hoidon heti, kun hänen rahatilanteensa paranee tai hänen suosikkihuumeensa saatavuus kohenee. On joka tapauksessa kiistanalaista, voidaanko 24 tunnissa riittävän luotettavasti kartoittaa potilaan käyttöhistoria, aikaisemmat hoidot ja hoitomotivaatio. Inhimillisin näkökohdin voi tietysti perustella sitä, että terveysjärjestelmä on valmis paikkaamaan, jos huumeensaanti uhkaa tyrehtyä. On kuitenkin varauduttava siihen, että mitä lyhyempi on odotusaika, sen alhaisempi on hoidossa pysyvyys.

Työryhmä katsoo, että ”hoidon kuluessa olisi myös säilyttävä varmuus siitä, ettei lääkkeitä pääse kadulle. Riittävän suuri lääkkeen annostus auttaa estämään kadulta ostettavien opioidien piikitystä”. (Opioidiriippuvaisten..., 2001, 48.) Työryhmä ei kuitenkaan pohdi tarkemmin, miten lääkkeiden kadulle pääseminen on tarkoitus estää. Annoksen tulee olla riittävän suuri vieroitusoireiden torjumiseen ilman katuhuumeita, mutta ellei lääkkeitä nautita valvotusti, niitä myös käytetään suonensisäisesti ja niitä vuotaa salakauppaan. Työryhmä ei myöskään selvitä, miten sen ehdottamassa järjestelmässä potilasta estetään saamasta moninkertaista lääkitystä monilta eri lääkäreiltä.

Olisi myös tarpeen pohtia, miten rikkomuksiin puututaan.

Laittomien huumeiden käyttö on mutkallinen kysymys. Kun tavoitteena ei ole riippuvuuden parantaminen vaan rikollisuuden ja tartuntariskien säätelevä, voisi hyvin ajatella, että lisähuumeiden käyttöön ei kiinnitetä lainkaan huomiota; tämä on käytäntö Tanskan eräissä lääneissä. Yleisen huumetilanteen seuraamiseksi näytteitä pitäisi silti ottaa säännöllisin välein, ja tähän on varauduttava henkilökunta- ja kustannusarvioissa. Näytteiden otolla ja positiivista näyttettä seuraavalla moitteella voi lisäksi olla marginaalista yleisestä vää merkitystä. Toinen ja ainakin alussa (eli ainakin niin kauan kuin lääkahoitoon pääsy on tavoiteltava palkinto) kannatettava vaihtoehto olisi sulkea potilas lääkähoidosta heti ensimmäisen positiivisen kontrollinäytteen jälkeen. Tällöin pitäisi myös vahvistaa kaikille yhtäläinen karanteeniaika, esimerkiksi 6 kuukautta ensimmäisestä palosta ja 12 kuukautta myöhemmistä paloista. Asiallisesti ei ole isoa eroa sen välillä, tapahtuuko ulosheitto ensimmäisen, toisen vai kolmannen

palamisen jälkeen. Yksilökohtaista harkintaa taas on sen vuoksi vaikea käyttää, että potilaat itse kokevat asian tasapuolisuus- ja oikeudenmukaisuuskysymyksenä: Miksi tuota ei suljettu hoidosta, vaikka nyt haluatte poistaa minut?

LOPPUARVIO

Hoidon ja myös lääkahoitojen tarve on kasvanut. Hoitokapasiteettia on lisättävä nykyjärjestelmän rajoissa. Sitä ei pidä lisätä äkkinäisesti, laajamittaisesti ja ilman, että sivuvaikutuksia kytetään seuraamaan. Väljentämisessä on tärkeää edetä vaiheittain ja kokeilevasti. Tarvetta asetustason väljennyksiin ei toistaiseksi ole.

Lääkehoidon aloittamiskriteerit eivät saa perustua yksittäisen lääkärin potilaskohtaiseen harkintaan. Yhtenäisen käytännön turvaamiseksi on tärkeitä, että hoidon tarpeen arviointi ja hoitopäätösten tekeminen tapahtuvat erikoishoitoyksiköissä.

Korvaushoidon aloituskriteerit pitää muotoilla tarkasti ja yksiselitteisesti, ne pitää saattaa kaikkien osapuolten tietoon ja niitä pitää noudattaa yhdenmukaisesti kaikissa arviointeja tekevissä yksiköissä.

On ponnistettava hoitoyksiköiden toiminta- ja seurantatietojen yhtenäistämiseksi. On käynnistettävä suurimittainen huumeiden käyttäjien pitkäaikaisseuranta. On tarpeen käynnistää havainnointiin perustuvia kartoituksia käyttäjien arjesta ja muun muassa erilaisten lääkeaineiden roolista käytön dynamiikassa.

On asetettava monipuolista asiantuntemusta edustava työryhmä valmistelemaan huumehoitojen kokonaisvaltaista kehittämistä ja erityisesti amfetamiinin käyttäjien ja sekakäyttäjien hoitomahdollisuuksien parantamista.

KIRJALLISUUS

Barnett, Paul G. & Rodgers, John H. & Bloch, Daniel A.: A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96 (2001): 4, 683–690

Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Stockholm: SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), 2001

Ling, Walter & Huber, Alice & Rawson, Richard A.: New trends in opiate pharmacotherapy. *Drug and Alcohol Review* 20 (2001), 79–94

Mäkelä, Klaus: Effektstudier, långtidsförloppet vid

alkohol- och narkotikaberoende och vårdstrategiska översväganden. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 18 (2001): 5–6, 506–509

Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001

Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Holmström, Pekka & Kinnunen, Aarne & Lammi, Risto & Leinikki, Pauli & Partanen, Airi & Seppälä, Timo & Simpura, Jussi & Virtanen, Ari: Amfetamiinin ja opiattien käytön yleisyys Suomessa 1999. *Suomen Lääkärilehti* 56 (2001): 43, 4417–4420.